

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 49

LES
CANCERS GASTRO-INTESTINAUX

CHEZ LES
SUJETS AGÉS DE MOINS DE 35 ANS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Eugène-Albert LE LAY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né au HAVRE (Seine-Inférieure), le 14 Mai 1900.

Examineurs de la Thèse

} MM. BEGOUIN, professeur.
PICQUE, professeur.
PERY, agrégé.
PAPIN, agrégé.

Président.

} *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926 — N° 49

LES
CANCERS GASTRO-INTESTINAUX

CHEZ LES
SUJETS AGÉS DE MOINS DE 35 ANS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Eugène-Albert LE LAY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né au HAVRE (Seine-Inférieure), le 14 Mai 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BEGOUIN, professeur.	{	<i>Président.</i>
		PICQUE, professeur.		<i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.		
		PAPIN, agrégé.		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doven.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	ROCHER.
id.	BEGOUIN.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique		Clinique médicale des mala-	
générales	CRUCHET.	dies des enfants	MOUSSOUS.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.	Chimie biologique et médicale	DENIGES
Anatomie pathologique et mi-		Physique pharmaceutique ...	SIGALAS.
croscopie clinique	SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des	
Anatomie	PICQUE.	maladies exotiques	LE DANTEC.
Anatomie générale et histolo-		Clinique des maladies cuta-	
gie	G. DUBREUIL.	nées et syphilitiques	W.DUBREUIL
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies des	
Hygiène	AUCHE.	voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontolog.	LANDE.	Clinique des maladies nerveu-	
Electroradiologie et cliniq.		ses et mentales	ABADIE.
d'électricité médicale	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	N.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	quée	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie ...	MANDOUL.	climatologie	SELLIER
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie....	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS	id.	JEANNENEY
id.	N...	id.	N.
Physique biologique et médic.	N.	id.	N.
Chimie biolog. et médicale... N.		Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGERE.
id.	LEURET.	Ophthalmologie	TEULIERES.
id.	DUPERIE.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.	CREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Démonstrations et prépara-	
Médecine opératoire	PAPIN.	tions pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	PÉRY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophthalmologie	GABANNES.	Chimie minérale.	GOLSE.
Fuériculture	ANDERODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....			MM. N. CHARRIER
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....			LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES TANTES LOUISE ET CÉCILE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Prêt à rompre avec les traditions insouciantes de l'étudiant pour être livré aux ressources qu'un labeur de cinq années nous a préparé, nous ne pouvons quitter nos maîtres de la Faculté sans leur exprimer notre reconnaissance. Puissent-ils, en lisant ce modeste travail, montrer la même indulgence bienveillante qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant les quatre années où il nous a été donné de suivre et d'apprécier leur enseignement.

« Chers maîtres, si, malgré vos sollicitations quotidiennes, nous n'avons pas toujours éprouvé le zèle et l'empressement que vous étiez en droit d'exiger de nous, puissent les circonstances ne point nous faire regretter notre négligence! Nous manquerions à un agréable devoir si nous n'adressions nos remerciements particuliers à MM. les professeurs Abadie et Verger, Chavannaz et Guyot; à MM. les professeurs agrégés Papin et Jeannency; si, enfin, nous n'exprimions notre gratitude à l'adresse de M. le professeur de clinique chirurgicale Bégouin, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

» Monsieur le Président, nous avons eu l'honneur de compter parmi vos stagiaires à la clinique gynécologique du Tondu, de vous retrouver, quelques mois plus tard, à la tête du service considérable que laissait sans direction la retraite de M. le professeur Villard. Nous avons eu l'honneur bien déférent de solliciter de votre obligeance le sujet de notre travail de fin d'études. Vous nous avez accueilli avec beaucoup de sympathie. De notre côté nous nous sommes efforcé de nous rendre digne de votre attention et de

répondre à vos espérances. Puissent ces dernières n'avoir point été déçues ! Nous serions si heureux d'apporter dans l'établissement de notre thèse, la rigueur scientifique qu'au ^{XX^e} siècle nous avons le devoir et la possibilité d'exiger. Nos humanités ne sont pas encore trop éloignées pour que, en cette circonstance, nous ne puissions rappeler ce principe de Descartes : « ne recevoir jamais aucune chose, que je ne la connusse évidemment être telle. »

Nous évoquions dans les lignes qui précèdent les délicieuses années du collège, où des maîtres éclairés et pleins de zèle formèrent notre esprit : nous leur conservons notre reconnaissance. Celle-ci s'étend également aux professeurs qui, à l'hôpital maritime de Brest, nous donnèrent les premières leçons de clinique. Que tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont acquis un droit à nos remerciements, ne nous fassent point grief de ne point les nommer ici, tant est grande notre crainte d'être taxé d'ingratitude.

INTRODUCTION

Il serait superflu de retracer l'histoire du cancer. Roussy en a dessiné les principales étapes et nous n'ajoutons rien à ses descriptions très documentées. Le cancer est avec la tuberculose et l'alcoolisme l'un des grands fléaux de l'humanité. Trente-deux mille morts pour néoplasme étaient accusées par les statistiques officielles françaises ! Trente-quatre mille succombaient en Angleterre aux atteintes du terrible mal en 1909 ! Enfin, Hoffmann évaluait, en 1915, à quatre-cent mille la mortalité par cancer pour une population globale d'un milliard six cent millions. Nous comprenons l'utilité des efforts considérables tentés pour enrayer cette redoutable affection, et nous croyons au succès, du moment que nous possédons en la chirurgie un indiscutable moyen de traitement dont les résultats ne cessent de se confirmer plusieurs années après l'intervention.

Cependant, Tuffier, devant l'Académie de Médecine, le 7 novembre 1922, n'hésitait pas à prononcer, après le même Hoffmann, que le cancer était l'objet d'un accroissement réel et que cet accroissement s'étendait aussi à toutes les localisations d'organes. Des esprits mal éclairés ou imbus de préjugés y verront un échec de la chirurgie. A ceux-là, des maîtres autorisés ont répondu que cette progression était le résultat de l'amélioration des méthodes de dépistage et à la diminution sensible du nombre des vieillards. Ceci nous repose un peu des inquiétudes que fit naître, en 1923, la lecture du rapport du docteur Rémond (de Metz) (1), sur la progression du cancer dans la région toulousaine pour

les années 1919 à 1922. « Cette progression est tout à fait régulière... » écrivait-il. « Et, ajoutait-il, on peut se rendre compte de l'abaissement de l'âge d'apparition des néoplasmes. »

Une telle affirmation ne peut nous laisser insensibles. Certes, si le cancer n'épargne aucune classe de la société : si

...la garde qui veille

Aux barrières du Louvre n'en défend point nos rois (1).

du moins, jusqu'à ce jour, il semblait être à peu près exclusivement l'apanage de l'adulte et du vieillard. Cette limite de quarante ans assignée au cancer par la plupart des chirurgiens ne lui suffirait-elle plus et n'aurait-il point brisé ses barrières pour empiéter sur un autre terrain et ravager le beau jardin de la jeunesse ? Nous n'avons pas, dans ce travail, l'ambition d'envisager le cancer en général. Notre cadre est plus étroit et nous nous proposons de montrer non pas que le cancer s'accroît, mais que chez les sujets jeunes le cancer du tube digestif (œsophage excepté) est plus fréquent qu'on ne le pensait.

Nous écartons d'emblée les tumeurs autres que les épithélioma, typiques ou atypiques : savoir, sarcome, fibrome, etc... D'autre part, nous ne prenons que les observations de cancer accompagnées d'un examen histologique. Nos efforts ont porté sur les cas opérés ou découverts à l'autopsie dans les services des hôpitaux de Bordeaux durant les années 1918 à 1925. Nous avons ensuite noté les observations mentionnées dans la littérature française pendant la même période et accompagnées d'un examen microscopique. En nous basant sur elles, nous avons essayé de signaler la fréquence relative du cancer dans la région bordelaise et le territoire français chez les sujets âgés de moins de 35 ans.

(1) Henri Meige : « Le Cancer dans l'Histoire ». Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux - 1925.

HISTORIQUE

Un tel chapitre ne peut être considérable : nous sommes, pensons-nous, le premier à esquisser une vue d'ensemble sur la fréquence du cancer du tube digestif chez les jeunes. Sans doute, les diverses localisations sur le tractus ont pu être rapportées par nos prédécesseurs, mais aucun n'a envisagé une statistique générale. Dans les lignes qui suivront, nous allons dessiner les étapes de ce côté du « Problème du cancer ».

En 1851, Lebert se base sur un nombre d'observations personnelles et sur celles recueillies à l'hôpital de Vienne. Il conclut, pour les néoplasmes de l'estomac, à une fréquence de 5 % chez les sujets au-dessous de trente ans et il signale chez eux le cancer intestinal dans 9,2% des cas. Quelques années plus tôt, Favre (1849) n'avait même pas parlé du cancer du grêle ou du gros intestin chez l'adulte, à fortiori chez l'homme jeune. Reybard ne venait-il pas pourtant d'opérer la première résection d'un S iliaque cancéreux ?...

Petit à petit, les observations se multiplient relatant l'apparition du cancer gastro-intestinal en deçà de quarante ans.

Marc Mathieu note trente-deux cas personnels de cancers gastriques précoces. Haussman (1884) relève 10 cas sur 217 observations. Les autres parties sont à leur tour l'objet d'études approfondies et le cancer du caecum prend son individualité avec la thèse de M. le professeur Chavannaz (1894-1895), le travail de Desmaret (thèse 1908), Louart (1900) décrit le néoplasme du gros intestin chez les jeunes.

(2) Bulletin de l'Académie de Médecine - 1923.

Bethe (1901) réunissait 17 observations de néoplasmes gastro-intestinaux chez des enfants de moins de quinze ans.

En 1913, Vénot et Parcelier décrivent le cancer du jéjunum-ilion avec 43 observations à l'appui. Forgue et Chauvin font, en 1915, une étude complète du néoplasme duodénal. Steiner, Weinlechner, Feldner, Bernouilli, Phifert se sont, en dernier lieu, occupés du rectum et de l'anse sigmoïde.

En 1923, Crass et Mac Carty font une communication sur le cancer du cæcum.

Tous concluent que le cancer est une exception en deçà de 35 à 40 ans : qu'il présente son maximum de fréquence de 40 à 60. Mais aucun n'a eu l'occasion, depuis Lebert, d'établir une statistique sur les néoplasmes gastro-intestinaux chez les jeunes.



ETIOLOGIE

D'après nos recherches, le cancer est exceptionnel au-dessous de 20 ans : nous ne pouvons signaler que le cas de néoplasme de l'appendicite chez un jeune garçon de 15 ans dont l'observation a été publiée en 1924 par Giardina.

De 20 à 30, nous relevons 6 cas de néoplasmes gastro-intestinaux.

De 30 à 35, dix cas.

Soit 17 observations. Sur ce nombre, 10 ont été publiées dans la littérature française au cours des années 1919 à 1925. Deux sont inédites. D'autre part, nous notons trois observations américaines de cancer et deux italiennes.

Sexe. — Si nous essayons d'établir lequel des deux sexes est le plus frappé, nous trouvons 10 hommes et 7 femmes : soit 60 % d'hommes et 40 % de femmes.

Causes du cancer chez les jeunes. — De nombreuses théories ont essayé d'expliquer les localisations sur le tube digestif. On fait remarquer que les parties du tube alimentaire le plus souvent frappées sont juste celles qui présentent des changements de calibre (cardia, pylore, valvule de Bauhin), au point où l'épithéliome de revêtement change de type (ampoule de Vater, zone ano-rectale), ou enfin aux endroits où le contenu intestinal de consistance plus ou moins dure reste en stagnation (cæcum, anse sigmoïde). Ceci expliquerait peut-être la rareté du cancer au niveau du jéjuno-ilion, lequel présente un calibre sensiblement uniforme; un même revêtement épithélial le tapisse de bout

en bout et son contenu toujours liquide ou semi-liquide n'y séjourne pas longtemps. Ces explications valent aussi bien pour les jeunes, c'est-à-dire que l'étiologie de l'apparition du cancer reste encore à établir. Quoi qu'il en soit, nos observations sont trop peu nombreuses pour que nous prenions sur nous de faire un pourcentage de localisations. Aucune partie du tractus digestif n'est, chez les jeunes, à l'abri du cancer.

Fréquence. — Nous nous étions proposés d'établir la fréquence du cancer gastro-intestinal chez les sujets âgés de moins de 35 ans. Tout d'abord, nos recherches effectuées dans divers services des hôpitaux de Bordeaux nous ont permis, avec les publications des chirurgiens concernant leur clientèle, de réunir 72 cas de néoplasmes de 1918 à 1925. Ces 72 cas ont été diagnostiqués tantôt à la clinique, tantôt à l'opération, mais 4 de ces malades seulement sont âgés de moins de 35 ans. Nous pouvons dès maintenant affirmer que 5,5 % des néoplasmes gastro-intestinaux se rencontrent chez les jeunes.

Mais ces diagnostics portés n'ont pas tous reçu la confirmation du laboratoire ou plutôt du microscope et nous ne saurions tabler sur eux pour faire preuve de rigueur. 42 remplissent cette condition, dont 3 chez les sujets envisagés : soit 7 % chez les jeunes.

En puisant dans la littérature française, nous avons noté un certain nombre de cas qui, ajoutés à ceux déjà mentionnés dans les lignes qui précèdent, ont élevé le résultat de nos recherches au chiffre de 132, avec indication d'âge. 86 sont accompagnés d'examen histologique, et 9 se rencontrent chez les jeunes. Soit 7,5 % des cas diagnostiqués néoplasmes chez les sujets jeunes, car 10 sur 132 avaient moins de 35 ans. Et 10,4 % des cas confirmés par le microscope se rencontrent chez eux.

L'examen des statistiques précédentes nous engage à émettre les quelques réflexions qu'il nous a suggérées. A Bordeaux, la différence est insensible entre le nombre de

cas diagnostiqués cliniquement ou à l'opération et celui des observations qui ont reçu la confirmation du microscope. Il n'en va plus de même en ce qui concerne le territoire français. L'écart est plus grand entre les deux pourcentages, 8 d'un côté, 10,9 de l'autre. Ce qui nous porte à croire que le cancer a souvent été une surprise du microscope.



Anatomie Pathologique

Nous avons écarté d'emblée les tumeurs autres que les cancers épithéliaux. Nous ne pouvons décrire chaque cancer : celui-ci offrant des caractères différents suivant sa localisation. Nous pouvons cependant dire que le cancer, au point de vue microscopique, est, suivant son cas, tantôt volumineux, tantôt petit et qu'au niveau du colon descendant il se présente sous la forme classique d'une ficelle aboutissant ainsi à l'occlusion ou à l'obstruction.

Microscopiquement, le cancer chez les jeunes est le même que celui de l'adulte :

1° L'épithélioma cylindrique est le plus fréquent;

2° L'épithélioma diffus, appelé encore atypique ou carcinome, vient ensuite. Et le carcinome peut présenter lui-même une tendance squirrheuse ou même la dégénérescence colloïde.

Les adhérences ont été quelquefois reconnues à l'opération et ont toujours rendu pénibles les interventions.

Aucune fois, dans nos observations nous n'avons noté l'invagination.

Les métastases lymphatiques ont été rencontrées dans le cas de Mme S... (obs. I) : « Quelques ganglions durs et rosés ont été découverts le long de la petite courbure. » et en 1923. Craig et Mac Carty ont étudié l'envahissement des ganglions dans le cas du cancer du cæcum : ils étudiaient encore 120 cas, dont 10 % de sujets jeunes : plusieurs de ceux-ci avaient les lymphatiques cancérisés.

Une métastase hépatique complique le cancer dans le cas Dobijowa (Varsovie : jeune homme de 29 ans).

Aucune perforation n'a été rencontrée dans nos observations rapportées.

Symptomatologie

Diagnostic - Traitement

Les mêmes remarques préliminaires concernent aussi bien les formes cliniques du cancer gastro-intestinal chez les jeunes que leurs caractères anatomo-pathologiques. Mais le néoplasme semble présenter chez les jeunes une symptomatologie un peu différente de celle rencontrée chez l'adulte.

Ainsi, dans l'observation de Mme S... (obs. I) les troubles gastriques font penser à un ulcère. Il en est de même de la malade du docteur Lefèvre. Mme E... (obs. II) est traitée pour entérite à Chatel-Guyon. Elle perd du sang deux fois en deux ans, maigrit et cependant conserve le teint rose et les joues pleines. »

Le malade du docteur Miginiac est soigné pour dysenterie : or, il s'agissait d'un rétrécissement néoplasique du rectum devenu inopérable. Rapportons encore le malade du docteur Bertein (Société Anatomique de Paris, 1914), lequel rentre à l'hôpital pour appendicite aiguë, sans passé digestif. A l'autopsie, on trouve un cancer en ficelle au niveau de l'anse sigmoïde : épithélioma cylindrique à dégénérescence colloïde.

Signalons enfin que le néoplasme du grêle ou du segment ilio-cæcal est quelquefois confondu avec la tuberculose de la même portion : crises douloureuses intermittentes, diarrhées, avec des passages de sub-occlusion, avec une tumeur allongée dans la fosse iliaque droite, ont dérouter le docteur Cadenat (Société de Chirurgie, 1922) et à l'examen micros-

copique : tuberculose du cæcum typique reconnue épithéliome.

Ainsi, une symptomatologie variée caractérise le cancer gastro-intestinal, lequel peut en imposer pour un ulcère à l'estomac, une appendicite, une tumeur inflammatoire, fait sur lequel M. le professeur Guyot a insisté. Le cancer du colon ascendant n'a-t-il pas pris l'allure d'une appendicite et celui du rectum l'allure d'une dysenterie ?

Ces remarques n'ont d'autre but que d'orienter le clinicien vers cette idée que, dans les cas difficiles, un diagnostic de néoplasme n'est pas à écarter. D'autant mieux que, chez l'homme jeune, le cancer, en particulier celui du gros intestin, présente une période de latence qui dérouté le praticien. Le mal poursuit son œuvre jusqu'au jour où éclate la crise d'occlusion aiguë : « Le cancer était anatomique avant de devenir clinique ».

Ces considérations présentent un autre intérêt : celui du traitement. Nous sommes armés contre le cancer pris à ses débuts et l'intervention chirurgicale, dans les cas diagnostiqués précocement, a plus de chance de n'être point suivie de récédive.

Ce traitement chirurgical constitué par l'exploration, la resection, la dérivation, est, à notre connaissance, le seul qui ait donné de bons résultats. Dans aucun cas, le traitement a été médical et si, pour un néoplasme inopérable du rectum, le radium a été, à deux reprises différentes, appliqué avec succès, nous ne saurions nous baser sur une seule observation pour établir la valeur du traitement radiothérapique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Inédite, due à l'obligeance de notre Président de thèse)

Mme C..., 32 ans.

Soignée depuis 2 ans par le Professeur Sabrazès pour des troubles gastriques qui ne s'étaient pas amendés et avaient fait penser à la possibilité d'un ulcère.

En septembre 1924, une radiographie fut pratiquée par le Professeur Bergonié : elle montra la diminution de souplesse de l'estomac.

Depuis 2 ans, elle a maigri de 17 kilos et cet amaigrissement continue. Elle vomit depuis le mois d'août 1924.

Le 1^{er} avril 1925, sous-mélange B, Gastrectomie. Sous le péritoine ouvert, on voit que la presque totalité de l'estomac est cartonnée : seule, du côté de la grosse tubérosité persiste une partie de l'estomas encore souple. Gros ganglions durs et rosés le long de la petite courbure; l'épiploore gastro-hépatique est indemne. Section du duodenum au niveau du bulbe pour dépasser le mal et de l'autre côté, très loin, près de la grosse tubérosité, une deuxième section. Après, écrasement par grand Mayo. Celui-ci, enlevé pour faire un Polya inférieur, laisse suinter un liquide, ce qui témoigne d'une fermeture incomplète. Au lieu d'un Polya, on fait une gastro-entrostomie au bouton de Jaboulay. L'estomac est si réduit qu'il ne constitue plus qu'un cylindre dont le volume n'est pas supérieur à celui de la racine du pouce et qu'on a peine à introduire le bouton.

Opération laborieuse et longue (3 heures).

Remarques. — 1^{re}) La prise des vaisseaux de l'épiploon gastro-

hépatique n'a pas été faite et il y a eu une perte de sang abondante;

2°) L'herméticité après enlèvement du Mayo n'a pas été parfaite.

Suites immédiates. — Reste en état de shock; conserve sa parfaite lucidité; mais le pouls est incomptable et on n'a pu le compter à partir du soir.

Morte le 2 avril 1925, à midi.

Examen de la pièce : linite, parois également épaisses et cartonnées; pas d'ulcère, mais ulcérations multiples de la muqueuse.

Examen histologique : Epithelioma type carcinome squirrheux (Prof. Sabrazès).

OBSERVATION II

(Inédite : due à l'obligeance de notre Président)

Madame E..., 32 ans.

Le samedi 10 janvier 1924, est prise de signes d'éclosion avec coliques siégeant dans le bas-ventre, allant, disait-elle, toujours mourir dans l'hypocondre gauche. A vomi ce qu'elle a pris, mais a eu peu de vomissements : huile de ricin, pilules Dupuis ont été rendues. Les lavements d'un litre passaient, mais revenaient tels. Ces petites coliques se reproduisaient 2 ou 3 fois par heure. L'état général est resté bon.

Le 13 janvier 1925, elle rentre à la Maison de Santé.

Pouls à 76.

Température, 36°5.

Langue saburrale.

Diagnostic : occlusion et non péritonite. Distension sous-ombilicale, surtout manifeste à droite, et le toucher montrait une tumeur annexielle dans le cul-de-sac postero-latéral droit. Tumeur du cæcum. On décide une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Sous-mélange B. laparotomie. — Le péritoine ouvert, le cæcum se montre gros comme le bras, extrêmement distendu, sans ascite ni signe de péritonite ou de néoplasie diffuse. Dans le petit bassin, on trouve sur la partie moyenne de l'anse sigmoïde un rien évident.

On referme le ventre et on se décide à faire un anus éliaque droit.

Suites immédiates. — Malgré la cœcostomie, la malade souffre de coliques à partir du premier jour. Puis tous les soirs qui suivent elle présente de la fièvre; celle-ci s'élève au niveau de 39°. L'anوس droit fonctionnait suffisamment, semble-t-il. Mais pensant à une rétention entre lui et la tumeur, on fait faire des lavages intestinaux qui ramènent des matières. La malade se trouve mieux.

Les jours suivants, elle souffre dans le côté gauche du ventre (sans ballonnement, ni distension des anses), douleurs constantes, superficielles, à type de péritonite. La fièvre persiste le soir.

Le 31 janvier 1925, à 2 heures, sous-mélange B, légère anesthésie. A l'ablation du rouleau qui tient la place de la laparotomie, sort du pus infect vers la partie supérieure. C'est un abcès de la paroi (sous-pariétal probablement) et on place un drain.

Fistule stercorale qui durera 2 mois, si bien qu'il y a deux orifices, celui de l'anوس cæcal et celui de la fistule, laquelle vient ou de l'anوس ou d'une perforation au-dessus du cancer.

Le 1^{er} avril 1925, sous mélange B, colectomie gauche. Après isolement par une cloison de leucoplaste de la tumeur et de l'anوس cæcal, on pratique une incision sur le bord externe du grand droit gauche. On arrive sur une tumeur intestinale considérable comprenant la masse néoplasique et les anses accolées. Celles-ci sont libérées après beaucoup de peine. A la partie moyenne du sigmoïde on place les petits écraseurs de Martel : section au-dessus et au-dessous. Il reste environ 3 travers de doigts de colon au-dessus de l'ampoule rectale. Après introduction d'un demi-bouton de Villard, fermeture.

Le colon ascendant est volumineux, à parois épaissies. Décollement, ainsi que de l'angle splénique. Après avoir mobilisé le colon transverse (décollement épiploïque préalable) on constate qu'il est sain et qu'on peut l'amener sans inconvénient au niveau du bout recto-sigmoïde. On jette un autre demi-bouton dans la partie du colon ascendant qui sera sacrifiée et, sur pince formant écraseur, on resèque tout le colon ascendant ainsi que la partie

la plus proche du transverse. La section du transverse est alors fermée par petits écraseurs de Martel. Les deux demi-boutons déjà introduits réunissent le transverse et le recto-sigmoïde. Après, ouverture du thermo sur ces deux demis-boutons. La terminaison du grêle est toujours fermée au Martel, est amenée à la partie moyenne correspondant à l'incision abdominale. Elle y est fixée comme soupape de sûreté. Sera ouverte 48 heures plus tard.

Opération laborieuse ayant durée 2 heures $\frac{1}{2}$, infiniment plus difficile que si elle avait été pratiquée après laparotomie le 15 janvier, ce que la fistule stercorale a empêché.

Examen histologique : Epithélioma cylindrique typique (Professeur Sabrazès).

OBSERVATION III

(Docteur MIGINIAC, de Toulouse,

publiée dans *Bull. de la Société Anatomique de Paris*)

Jeune homme de 22 ans, atteint d'un épithélioma inopérable du rectum qui a été méconnu pendant un an.

Le malade, après deux ans de séjour au Maroc où il contracta la dysenterie (1919-20), rentre en France. Après son retour, il a de la diarrhée, considérée *a priori* comme dysenterie, malgré l'absence d'amibes dans les selles. Le malade est traité sans succès.

Après ces événements, le malade maigrit et perd 10 kilos, en même temps que la diarrhée persiste.

En août 1921, crise d'occlusion intestinale qui dure 8 jours. Un médecin pratique le toucher rectal et découvre un rétrécissement du rectum. Un autre confrère propose l'électrolyse.

Le 4 octobre 1921, grand garçon, très maigre, violent péristaltisme intestinal. Le malade va à la selle, en introduisant une sonde dans son rectum et en y poussant chaque jour un lavement qui ramène des selles liquides.

En écartant les plis de l'anus, on voit une tumeur rougeâtre, à deux centimètres au-dessus de l'anus béant, dilaté par le cathétérisme quotidien. Au toucher, rétrécissement en filière, très serré, dur, ligneux, n'admettant pas l'index. Impossible de franchir ce

rétrécissement. Cliniquement, c'est du cancer : la tumeur saigne sous le doigt. Tumeur fixée inextirpable.

Wassermann négatif.

Biopsie. — Trois fragments sont prélevés sous anesthésie générale, qui n'amène pas la réduction du rétrécissement et l'introduction de l'index.

Le malade accepte l'anus iliaque définitif en deux temps de Maydl-Reclus.

Examen histologique (docteur Pujol) : épithélioma cylindrique (observ. résumée)

OBSERVATION IV

(Docteur BERTEIN, *Soc. An. Paris 1914*)

Observation résumée

Jeune soldat, 21 ans. Rentré à l'hôpital militaire de Lyon le 30 octobre 1913, à 6 heures du soir, avec le diagnostic : coliques appendiculaires, vomissements, mauvais état général. Pas de passé digestif. Son état est des plus alarmants : facies péritonéal, algidité, pouls petit, dépressible et très rapide. Vomissements fécaloïdes. Le malade souffre à l'exploration de l'abdomen..... Douleur généralisée, plus marquée à droite..... On hésite à intervenir..... Opération pratiquée, avec huile camphrée et sérum. Pendant le dévidement de l'intestin, l'état décline malgré le sérum injecté d'une manière continue. On ferme rapidement. Mort après.

Autopsie. — Distension généralisée de l'intestin depuis le duodénum jusqu'à la fosse iliaque gauche où l'examen perçoit, plaquée contre la fosse iliaque gauche, une masse dure répondant à l'anse sigmoïde apparaissant étranglée comme par une ficelle.

Examen histologique. — Épithélioma cylindrique type à dégénérescence colloïde.

OBSERVATION V

(Résumée. — CADENAT, *Société de Chirurgie, 1921*)

Homme de 34 ans. Crises douloureuses intermittentes dans la fosse iliaque droite depuis deux ans; diarrhée presque continue

avec quelques phénomènes passagers de sub-occlusion. Tumeur fosse iliaque droite. Masse allongée, parallèle à l'arcade crurale et plaquée sur la paroi postérieure.

Diagnostic : tuberculose du cæcum.

Diverses interventions.

Examen microscopique de la pièce. — Tuberculose du cæcum que l'on peut déclarer typique.

Examen histologique. — Epithélioma primitif typique de l'intestin avec inflammation secondaire subaiguë.

OBSERVATION VI

(Cancer du grêle. — CADENAT : *même revue*)

Homme 30 ans. Présente depuis 1918 douleurs abdominales sous forme de crises avec vomissements, mais sans arrêt des gaz et des matières, sans métiorisme. Nouvelle crise en 1919. En juin 1920, rentre à Beaujon où le diagnostic d'osteosarcome iliaque est posé. Deux radiographies pratiquées ne donnent aucun résultat. Radium en juin. A l'ouverture, abcès-drainage. Rectification du diagnostic : tuberculose cæcale, et le lendemain, fistule stercorale. Opération en deux temps. Examen macroscopique : tumeur du grêle sans ulcérations ou végétation. Examen microscopique : Epithélioma typique.

OBSERVATION VII

(Neoplasme de l'ampoule rectale : ALGAVE, *même revue*, 1924)

(Résumée)

Femme 32 ans. Douleurs, perte de sang et de pus par l'anus, avec bon état général. Biopsie du professeur Ménétrier : cancer à l'examen histologique. Exclusion du rectum (1922, Jaurès). Application de radium 15 jours après. Guérison des écoulements par l'anus, jusqu'en juillet 1923. A cette époque, nouvelles hémorragies. Examen montre bourgeons néoplastiques (Ménétrier : nouvelle application de radium. En 1924, bon état général).

OBSERVATION VIII

(VIANNAY, de Saint-Etienne. — Résumé).

Jeune fille 23 ans. Entre à Bellevue fin 1920 pour fistule pyo-stercorale à faible débit après opération d'appendicite. Intervention le 30 novembre 1920. Libération du cæcum à cause des adhérences épiploïques et de ses amarres postérieures. Sondage de la fistule. Elle se trouve à l'abouchement de l'iléon. A la palpation, induration de la valvule de Bauhin, induration circulaire. Cœcostomie exploratrice.

Exérèse de la lésion après diagnostic de tuberculose iléo-cæcale ou de cancer.

Résection iléo-cæcale avec anastomose termino-latérale de l'iléon dans le colon ascendant, au bouton de Jaboulay.

Examen macroscopique : cancer en virole à tendance squirreux.

Examen histologique (Docteur Bouchut, Lyon) : épithélioma glandulaire à tendances colloïdes, surpris à ses débuts.

(*Société de Chirurgie, 1921*).

OBSERVATION IX

(V. Pauchet : observ. résumée. *Soc. Chirurgie* : 1919)

Jeune homme 27 ans. Pâlit depuis un an, se sent fatigué et présente des douleurs abdominales. A l'examen, énorme tumeur dans la fosse iliaque droite et le flanc, dépassant la ligne médiane et l'ombilic.

Diagnostic préopératoire : Tuberculose hypertrophique, lymphadénome ou cancer.

Diagnostic opératoire : cancer.

Examen histologique (Docteur Rubens-Duval) : Epithélioma atypique.

OBS. X. — (Dr Lefèvre, Bordeaux 1923). Femme 31 ans. Cancer de l'estomac (Ex. hist.).

OBS. X. — (Dr Willy-Meyer, 1921). Femme 34 ans. Adénocarcinome du rectum.

OBS. XI. — (D^r Meyer, *An. Surg.* 1922). Femme 33 ans. Diagnostic : appendicite chronique. Opération. Néo d'estomac. Ex. hist. Epithélioma cylindrique.

OBS. XIII. — (D^r Hartwell : *An. Surg.* 1921). Femme 25 ans. Néopl. adenocarcinome de l'ampoule rectale.

OBS. XIV. — (D^r Matry, 1924). Mme M..., 56 ans. Epithélioma cylindrique du rectum.

OBS. XV. — (D^r Matry, 1924). Mme M..., 60 ans. Epith. atyp. partic. sup. amp. rect.

OBS. XV. — (Swartz, 1921). Femme 75 ans. Epith. cylind. d'intestin grêle.

OBS. XVI. — (Chalier, 1922). Homme 48 ans. Epith. cylind. du rectum.

OBS. XVII. — (Congrès de Chir. 1922). Homme 45 ans. Ep. cylindriq. d'ampoule rectale.

OBS. XVIII. — (Chaton, 1922). M. J..., 56 ans. Epithélioma glandulaire en ficelle du colon ascendant.

OBS. XIX. — (Gruget, 1922. Eugénie B..., 68 ans. Epithélioma du jej-iléon.

OBS. XX. — (Goullioud, 1922). H. V..., 50 ans. Tumeur cancéreuse (D^r Le Dor) du cæcum.

OBS. XXI. — (Goullioud, 1922). Sœur S..., 40 ans. Epithélioma de l'S iliaque.

OBS. XXII. — (Goullioud, 1922) Mme D..., 52 ans. Epithélioma du transverse.

OBS. XXIII. — (Goullioud, 1922). A. L..., 63 ans. Epithélioma métatypique du colon pelv.

OBS. XXIV. — (Goullioud, 1922). Mme V..., 48 ans. Epithélioma cylindrique du rectum.

OBS. XXV. — (Proust et Houdard, 1922). Malade 56 ans. Biopsie. Cancer d'S iliaque.

OBS. XXVI. — (Loubat, 1922). M. B..., 43 ans. Cancer épithélial du cæcum.

OBS. XXVII. — (Loubat, 1922). Femme 65 ans. Epithélioma du cæcum.

OBS. XXVIII. — (Loubat, 1922). Mme G..., 47 ans. Epith. gl. atyp. de S iliaque.

OBS. XXIX. — (Léo, 1922). Mme D..., 47 ans. Ep. colloïde du colon descendant.

OBS. XXX. — (Léo, 1922). M. B..., 49 ans. Epithélioma de l'anse iliaque.

OBS. XXXI. — (Ducamp-Montp. 1920). Homme 50 ans. Epithélioma colloïde de la grande courbure de l'estomac (docteur Massabuau).

OBS. XXXII. — (Noël Lapeyre 1921-22). Pl..., 43 ans. Epithélioma atyp. angle col. droit.

OBS. XXXIII. — (Dr Forgue, 1920). Malade 35 ans. Epith. coll. du col. dec. (Massabuau).

OBS. XXXIV. — (Piette, 1923). Mal. 50 ans. Ep. pav. stratif. de petite courbure (Choulgine).

OBS. XXXV. — (Bénard-Bergeret, 1923). Mme C..., 63 ans. Epith. colloïde d'intestin grêle.

OBS. XXXVI. — (Hôpital St-M^r, Marseille, 1922). P..., 37 ans. Epithélioma cylindrique.

OBS. XXXVII. — (Mériel, 1922). M. L..., 49 ans. Epithélioma cylindrique.

OBS. XXXVIII. — (Soc. An., Paris, 1920). M..., 68 ans. Epith. cylindr. rectum.

OBS. XXXIX. — (Soc. An., Paris, 1920). — R... Léon, 65 ans. Epith. cylindr. petite courb.

OBS. XL. — (même revue). M. S..., 36 ans. Ep. gland. atypique recto-sigmoïdien.

OBS. IXL. — (même revue). Malade 38 ans. Epith. gland. du colon pelvien.

OBS. VIII. — (Goullioud, 1920). M..., 35 ans. Epith. colloïde petite courbure.

OBS. VIII. — (Charrier et Charbonnel, 1923). M. X..., 58 ans, Epithelioma au début, du pylore (docteur Sabrazès).

OBS. VII. — (les mêmes). A. M. B..., 55 ans. Epithelioma cylind. (D^r Piéchaud) d'estom.

OBS. VI. — (les mêmes). Femme 58 ans. Epith. squirreux (Petges) de l'estomac.

OBS. IV. — (les mêmes). Homme 51 ans. Epith. atypique de l'estomac.

OBS. III. — (les mêmes). Femme 57 ans. Epithelioma cylindrique de l'estomac.

OBS. III. — (les mêmes). V... Joseph, 64 ans. Epith. cylindriq. atyp. du pylore.

OBS. II. — (Félix Papin, 1920). Femme 62 ans. Epith. cylindr. du transverse.

OBS. L. — (Dekester, 1923). Mohammed, 45 ans. Epithélioma cylindr. du pylore.

OBS. LI. — (Dekester, 1923). Femme 50 ans. Epith. cylindrique de l'intestin.

OBS. LII. — (Dekester, 1923). Homme 40 ans. Epith. malpighien mixte anal.

OBS. LIII. — (Dekester, 1923). Homme 45 ans. Epith. cylindr. du rectum.

OBS. LIV. — (Dekester, 1923). Homme 60 ans. Epith. malpigh. mixte de l'anus.

OBS. LV. — (Duvergey, 1921). Jules P..., 45 ans. Epith. cylind. (Sabrazès) du rectum.

OBS. LVI. — (Francis Villard, 1921). L..., 63 ans. Carcinome du pylore et petit. courb.

OBS. LVII. — (Félix Papin, 1925). Femme P..., 60 ans. Epithélioma (Sabrazès) du pylore.

OBS. LVIII. — (Félix Papin, 1925). L... Joseph, 60 ans. Épithélioma (Sabrazès) d'estom.

OBS. LIX. — (Loubat, 1925). Femme, 62 ans. Cancer du cæcum (ex. hestol.).

OBS. LX. — (Loubat, 1925). Homme, 57 ans. Epithélioma du cæcum.

OBS. LXI. — (Loubat, 1925). Femme, 42 ans. Epithél. du colon ascendant.

OBS. LXII. — (Loubat, 1925). Femme, 63 ans. Epithélioma du colon ascend.

OBS. LXIII. — (Loubat, 1925). Homme, 49 ans. Epithélioma de l'S iliaque.

OBS. LXIV. — (Loubat, 1925). Homme, 61 ans. Epithélioma de l'S iliaque.

OBS. LXV. — (D^r Forgues, 1921). Homme, 60 ans. Epith. cylind. du cæcum (Grynfelt).

OBS. LXVI. — (Parcelier, 1922). Femme, 45 ans. Néoplasme stomacal malin (Ex. hist.).

OBS. LXVII. — (Parcelier, 1922). Homme, 60 ans. Epithélioma cyl. typiq. pylore.

OBS. LXVIII. — (Begouin, 1925). Pintav., 53 ans. Epith. cylind. col. gauche (Sabrazès).

OBS. LXIX. — (D^r Jean, Soc. An. de Paris, 1922). Soldat, 37 ans. Epith. cyl. de l'int. grêle.

OBS. LXX. — (D^r Venot, 1921). Femme, 64 ans. Epith. cylindrique angle duod-jéjunal.

OBS. LXXI. — (D^{rs} Charrier et Denis, 1921). Malade, 45 ans. Epith. cylind. du pylore (D^r Piéchaud).

OBS. LXXII. — (D^{rs} Charrier et Denis, 1921). Malade, 49 ans. Epith. cylindrique du pylore.

OBS. LXXIII. — (D^r Fiolle, Marseille). Femme, 46 ans. Néoplasme recto-sigmoïdien.

OBS. LXXIV. — (D^r Lefèvre, 1919-1920). P..., 43 ans. Tumeur cancéreuse de la petite courbure.

OBS. LXXV. — (D^r Lefèvre, 1919-1920). X..., 49 ans. Squirrhe.

OBS. LXXVI. — (D^r Lefèvre, 1919-1920). C..., 50 ans. Epith. colloïde du pylore.

OBS. LXXVII. — (D^r Lefèvre, 1919-1920). D..., 63 ans. Epithélioma coll. du pylore.

OBS. LXXVIII. — (Prof. Papin, 1923). M. D..., 40 ans. Epith. atypique du pylore (Piéchaud).

OBS. LXXIX. — (D^r Lefèvre, 1925). Homme, 52 ans. Epith. colloïde du rectum.

OBS. LXXX. — (D^r Lefèvre, 1920). Femme, 58 ans. Epithélioma du rectum.

OBS. LXXXI. — (D^r Lefèvre, 1924). Femme, 60 ans. Epith. spino-cellaire du rectum.

OBS. LXXXII. — (D^r Lefèvre, 1920). M. A..., 63 ans. Epith. colloïde du rectum.

OBS. LXXXIII. — (D^r Lefèvre, 1924). Homme, 68 ans. Epithélioma du rectum.

OBS. LXXXIV. — (D^r Lefèvre, 1924). Homme, 64 ans. Epith. cylindrique du rectum.

OBS. LXXXV. — (D^r Lefèvre, 1924). Homme, 62 ans. Epith. cylindrique du rectum.

OBS. LXXXVI. — (D^r Lefèvre, 1924). Femme, 58 ans. Epith. cylindrique du rectum.



CONCLUSIONS

I. — Contrairement à l'opinion généralement admise, le sarcome n'est pas la seule tumeur maligne rencontrée chez le sujet jeune. L'épithélioma primitif, d'après nos recherches personnelles, n'est pas une exception. Sur cent malades diagnostiqués cancéreux et reconnus tels par l'examen microscopique, 10 % environ n'ont pas dépassé l'âge de trente-cinq ans.

II. — Il semble qu'à cet âge, les cancéreux gastro-intestinaux présentent, plus fréquemment que chez l'adulte, une longue période de latence et le cancer reste silencieux jusqu'au moment où la crise d'occlusion vient faire poser le diagnostic.

Nous serions heureux si ces considérations aidaient au diagnostic précoce. Bien souvent, à cause précisément de l'âge du sujet, le clinicien ne songe pas au cancer, lequel devient alors une surprise de l'opération ou du microscope. Il importerait que le diagnostic soit, dès les premières heures, posé par la clinique, que les résultats éloignés obtenus par l'intervention sont d'autant meilleurs que celle-ci a été faite en temps utile, c'est-à-dire à l'heure chirurgicale.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

P. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 Décembre 1925

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- LEBERT (1851). — Traité des Maladies cancéreuses.
- FAVRE. — Traité des Maladies de l'Appareil digestif (1849).
- DAMASHINO. — Maladies du tube digestif (1888).
- BOUVERET. — Appareil digestif (1893).
- Marc MATHIEU. — Thèse Lyon (1884).
- QUENU. — Société de Chirurgie (1901).
- P. DUVAL. — Thèse de Paris (1902).
- DESMAREST. — Thèse de Paris (1908).
- MATHIEU. — Les phases initiales du cancer du gros intestin
(*Gaz. des Hôpitaux*, mai 1913).
- PAUCHET. — *Gazette médicale de Paris* (1920).
- LOUART. — Le cancer du gros intestin, rectum excepté dans la
jeunesse (Thèse de Paris, 1900).
- GIRAULT. — Contribution à l'étude du cancer de l'anse sigmoïde
(étude clinique et diagnostique). (Thèse de Paris,
1914).
- POULIQUEN. — Société Anatomique de Paris (1921).
- GIRAULT ET MOUTIER. — Les formes cliniques du cancer pel-
vien (1920).
- GIRAULT ET MOUTIER. — Archives des maladies du tube diges-
tif (1921).
- SURMONT. — *Bulletin de l'Académie de Médecine* (1924).
- CHAUVENET. — Thèse Bordeaux (1924-1925).
- Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (1919
à 1925).

Journal de Médecine de Bordeaux (1919 à 1925).

Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris (1919-1925).

Annals of Surgery (1919-1925).

Montpellier Médical (1919-1925).

Lyon Chirurgical (1919-1925).

Reforma medica Napoli (1924).

Lancet London (1924).

Revue de Chirurgie (1919-1925).



